

医療および福祉専門職の性別と専門性⁽¹⁾(2)

—— 男性助産士論争にみる同性ケア・異性ケア ——

The Relation between Sexuality and Professionalism of Medical and Welfare Professionals (2)

—— example for Male midwife in Japan ——

金 川 めぐみ
Kanagawa, Megumi

6. 専門性という観点からみた助産婦職の法的検討

前回にて、男女平等および男女共同参画という点から、助産婦職が法的にどのように位置付けられるかについて検討した。男女平等の理論では、助産婦資格を男性に認めるか否かについて、職業における性差と風紀的な問題が関係しているため、賛成論者・反対論者とも、双方を説得させるような意見とはなっていない。一方、職業選択の自由という観点からは、男性を助産婦資格から排除する積極的な理由は見受けられない。

最後に、助産婦の「専門職」性という観点を検討する。

反対論者は、男性助産士導入反対の理由として、妊産婦の羞恥心の問題や、男性の助産士に対する不安感の問題を取り上げる。すなわち「男性の助産婦に出産を介助してもらうのは、恥ずかしくて絶対嫌である」という妊婦の意見および、過去に起こった男性産科医による女性への暴行やセクシャル・ハラスメントの

(1) 本稿は「医療および福祉職の性別と専門性 (1) —男性助産士問題にみる同性介護・異性介護—」(『経済理論』305号所収)の後半である。セクション番号は前半から連続している。なお、本稿の前半発表時以降、助産婦職の資格を規定する保健士助産婦看護婦法は改正され、法令名が「保健士助産婦看護婦法」から「保健師助産師看護師法」に変更した(2001年12月12日法律第153号、施行2002年3月1日)。この改正により、「保健婦・士」「助産婦」「看護婦・士」の名称は「保健師」「助産師」「看護師」にそれぞれ変更となるが、本稿では前半部分との語彙の統一の関係上、引き続き従来の「保健婦・士」「助産婦」「看護婦・士」の名称を使用する。

事件等を例に、男性助産士が導入されるとこうした男性産科医に対する危惧と同様のことを心配せねばならなくなる、とする⁽²⁾。

これに対し賛成論者は「性別にかかわらず医師が患者を診察するように、男性助産士もその職業がもつ『専門性』によって性別を超越することが可能である、性と生殖の専門家としての役割を助産婦が担っているとすれば、その専門性によって性差は乗り越えることができ、恥ずかしいという気持ちやセクシャル・ハラスメントの危惧もなくなる」、とする⁽³⁾。

賛成論者が述べる「専門性（職）」および「専門性によって性差を乗り越える」という言葉が、どの程度の厳密性および具体性をもって使用されているかであるが、賛成論者および反対論者の議論を概観すると、今のところ明確ではない⁽⁴⁾。そのため本稿では、この2つの言葉がどのような意味で用いられているかについて明らかにしておく必要があると考える。

医療社会学における先行研究では、「専門性（職）」概念は「自律性（autonomy）」という言葉で説明される。自律性とは「独立しており、自由で、他からの指示を受けない、という特質ないし状態」を意味する⁽⁵⁾。『医療と専門家支配』において専門職論を展開しているフリードソンによれば、この自律性を確保するための方法として、免許制および倫理綱領や公に掲げられたスローガン等が必要とされる⁽⁶⁾。免許制は、「ある職業集団が免許を手中におさめることによって、職務のなかでも一定の戦略的意義をもつ仕事を独占的に遂行する法的権利を獲得するとともに、他の業種が自集団と自由に競争しあうという事態から効果的に保護される」⁽⁷⁾効果を持つとされる。また、倫理綱領や公的スローガンは「当該

(2) 丸本百合子「助産士論争でみえてきたもの」『EXPERT NURSE』6巻7号 1990年 42頁

(3) 「助産士、こう見る―読者の投書、立場による傾向」朝日新聞 2001年 4月 12日付

(4) 大林道子『出産と助産婦の展望』（メディカ出版 2001年）では、専門職性について触れられてはいるが、「専門性が性差を超える」といったときの専門性そのものの問題については述べられてはいない。

(5) エリオット・フリードソン『医療と専門家支配』恒星社厚生閣 1992年 124頁

(6) フリードソンによれば、この他に、専門教育を施す自足的な教育機関の存在が自律性を保持するため必要であると述べられているが、国による教育水準の違いを考慮し本論では詳しくは述べない。

職業集団が信用できるということをすべての人に向かって表明する方策であり、したがってまた自律性という特殊な地位を社会に認めさせる方策である」とされる⁽⁸⁾。

医療供給者と受給者の関係性については、医療供給者としての医師と医療受給者としての患者を例におく先行研究が多い⁽⁹⁾。医師-患者の関係性について着目した原型モデルを構築したものとして、T・パーソンズの理論がある。

パーソンズは、医師の役割を「集合体志向」、「業績性」、「普遍主義」、「機能的限定性」、「感情中立性」という5つの特質で説明する。

「集合体志向」、これは「医師の患者の共通目標である病気の治癒を第一義とし、自己利益を超越する」志向のことを指すが、医師職が「集合体志向」を持つものであると患者によって認識されているため、患者は医師に根本的信頼をおくとされる。私利私欲でなく、医師と患者の共通目標である病気の治癒といった公的部分に医師の精神があるのだということが「集合体志向」により保証されるため、患者は医師を信頼し、医師は患者に対して権威を持つとされる。次に「業績性」とは、「集合体志向」が保証する権威の現実的な根拠となる。この「業績性」とは「医師の専門的能力と技術が、才能と努力と訓練によって獲得され達成されたものである」ということを示す。医療についての専門的能力を豊富に所持している医師と、自らの能力では病気が治癒できないため病院へやってきた患者が相対したとき、医師の治療行為における優位がおのずから保証されることになる⁽¹⁰⁾。

「普遍主義」つまり「個人的・社会的属性によって患者を区別しない」という特質は、特定の患者へ過度あるいは過小な差別的関与を行うことをはばむこと

\\ (7) フリードソン、前掲書 125 頁

(8) 同上 125 頁

(9) 本稿では主にパーソンズとフリードソンの理論を用いる。Parsons, T., 1951. Social Structure and Dynamic Process: The Case of Modern Medical Practice, in T. Parsons, The Social System, Frss Press, chap. 10: 佐藤勉訳「社会構造と動態的家庭-近代医療の事例-」『社会体系論』青木書店 1974 年、を参照。

になる。また「機能的限定性」、つまりさまざまなレベルや側面において存在する患者の「生活そのもの」の側面ではなく、患者の「医学的」側面のみを扱うという特質は、おのずから患者の非医療的側面やプライベートな部分に立ち入らないことを意味する。このことはややもすれば「臓器をみて人をみない」医師の非人間性として批判を受ける部分にもあたる。最後の特質である「感情中立性」つまり「患者に情緒的に関与してはならない」という性質は、人々の苦痛や死といった事態に対して心を動かされないということの意味する。また、こうした感情中立性ゆえに、医師は異性の患者を前にして本能的な行動をとることはない、と考えられる。

医師-患者関係におけるこの5つの特質を踏まえたうえで「専門性によって性差を乗り越える」ことを医師の場合を例に考えると、それを形成する2つの要素を導き出すことが可能であろう。すなわち①「集団的志向」および「業績性」により医師は患者に対して「専門的知識による権威の確立」を行う、②「普遍主義」、「機能的限定性」、「感情中立性」により、「患者の身体の客体化」がなされ、このことにより患者は自らと異なる性の医師に診察されても恥ずかしいと感じにくくなる。「専門的知識による権威の確立」、「患者の身体の客体化」、これらの要素により医師は専門性を確立し、専門性により性差を乗り越えていると考えられる。

助産士議論における「専門性によって性差を乗り越える」要素も、上記2点から導き出されると考えていいであろう。そして、このことを助産婦職を規定する法に具体的にみるならば、前者については「助産婦職の職務内容とその範

(10) パーソンズの理論の批判を踏まえ修正モデルを提示したフリードソンによれば、医師と患者のこのような権力関係は、「社会のなかで公認の地位をもった医者 of 閉鎖的世界の場であり、関係構造上の不均等を修正する社会的メカニズムは存在しない」とされている。また、医者と患者の対等性を確立しにくい理由として「医者は医療に対する排他的統制権を獲得しているので、もし患者が助言を受け入れなければ患者が必要とする財やサービスを手に入れないようにすることが可能である」という点もあげている。フリードソン、前掲書 108 頁。現実の日本の医者 of 役割についての分析は藤崎和彦「医師」(黒田浩一郎編『現代医療の社会学』世界思想社 1995 年所収)を参照。

囲」の法規定、後者については「助産婦職に対する罰則・倫理」の法規定により表現されていると考えることができよう。

(1) 免許制－助産婦職の職務内容とその範囲

免許制を通じた助産婦の専門性を考えるために、助産婦職と同程度の医療職として位置付けられる保健士や看護師との比較が必要である。まず保助看法で、保健士、助産婦、看護師の職務がどのように規定されているかみていく。

同法の規定では、保健婦（士）の業務として「保健指導を業とする」（第2条）と述べられている。助産婦については「助産と妊婦、じょく婦、新生児の保健指導を業とする」（第3条）とされる。また看護婦（士）については「傷病者とじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助を業とする」（第5条）とされている⁽¹¹⁾。

看護婦（士）や保健婦（士）と比較しての助産婦の職務内容の特徴であるが、「助産を行うことができる」点、「妊婦、じょく婦、新生児の保健指導を行うことができる」点の2点が指摘されよう⁽¹²⁾。

第1の「助産を行うことができる」というのは、助産婦のみではなく、医師も行うことができる（保助看法30条但書）。この意味で、助産は、助産婦唯一の独占業務というわけではない。しかし助産は、同じ看護職である保健婦（士）、看護婦（士）では行うことができない。

助産の範囲であるが、いわゆる正常産であれば、助産婦が独立して助産を行うことができる。また、臨時応急の手当やへそのおを切ったりかん腸を施すなど、助産婦の業務に当然付随すると思われる行為は医師の手をかりず単独でおこなっ

(11) 2001年12月12日の法改正では「じょく婦」が「じょく婦」と変更されているが、本稿前半部分との語彙統一の関係上、法改正前の表記に従う。法改正後の条文表記が法改正前と異なる場合すべて法改正前の表記に従う。

(12) 助産とは「分娩の介助をいい、妊婦に分娩兆候があらわれてから後産が完了して完全に分娩が終わるまでの間、産婦の身边で分娩の世話をすること」をいう。金子光「保健士助産看護婦法の解説・第2版」38頁、中央医書出版社、1972年

てもかまわない（保助看法 37 条）。しかしながら、診療機械を使用したり、医薬品を授与する場合には医師または歯科医師の指示が必要になるし、異常産の場合には医師に診療を要求せねばならない（保助看法 37 条、38 条）。

加えて、助産婦には、助産又は妊婦、じょく婦もしくは新生児の保健指導の求めがあったときに、正当な理由がなければ拒んではならないという応需義務が課せられている（保助看法 39 条 1 項）。同様の応需義務は、他に医師、歯科医師、薬剤師といった職種に規定され、保健婦（士）や看護婦（士）には応需義務はない。また、助産婦には、分娩の介助または死胎の検案をしたときに、出生証明書、死産証書または死胎検案書の交付の求めがあったときの交付義務が課せられている（保助看法 39 条 2 項）。この書類交付の義務は、その他の職種では医師、歯科医師のみに課せられている。

以上の点より、助産婦の職務の専門性をどのように解釈するのだが、異常産や特別な場合においても診療が許されている医師には及ばないものの、正常産において、助産婦は医師と同程度の義務や権利を負うことが条文から確認される。

医療社会学では、医師のようにまったく他の職種の指示や支配をうけず業務を遂行できる職種を「専門職」と称し、一方法律上、国家資格に基づいた免許制度と職能団体を有するが、なんらかの形で業務を遂行する際に他業種の指示や支配をうける職種を「準専門職（semi-profession）」と称する⁽¹³⁾。この点より、日本の助産婦職は、異常産の場合においては医師の指示を受ける「準専門職」であるとみなされるが、正常産の際は医師の指示を受けず独立して業務ができること、応需義務や書類交付義務が、医師と同様に課せられていることから、同じ看護職である看護婦（士）や保健婦（士）より、どちらかといえばより医師と類似した専門性をもつものとして認識される。

第 2 の「妊婦、じょく婦、新生児の保健指導を行うことができる」、この条文を一見すれば、助産婦職務は妊婦、褥婦、新生児の保健指導のみに範囲を限定さ

(13) 黒田、前掲書 47 頁。最近では医療における準専門職をコメディカルと呼ぶことが多いとされている。

れているように見えるが、現行法ではそのような解釈はなされていない。

このことは、保健婦（士）の業務と比較すると明確になる。保健婦（士）の業務として、条文は「保健婦は保健指導を業とする」としている（保助看法2条）。しかしながら、保健婦（士）は一般に職種としては名称独占であり、業務独占ではないと解されている。社会保健婦や保健指導婦のような保健婦（士）に類似した名称を使用しなければ、医師、歯科医師、看護婦、助産婦、養護教諭など他の職種の者が保健指導をおこなっても差し支えないと解されている（保助看法⁽¹⁴⁾29条）。

このように、助産や保健指導は助産婦だけでなく他の医療専門職でも行うことができるかと規定されているが、助産婦の性別と専門性を問題にする場合、さらに他の専門職において性別による職務の限定が行われているかどうかをみておく必要がある。

助産婦の1つ目の職務である助産をおこなう権限は医師にもある。この場合、医師には、男性の医師でも女性の医師でも助産を行うことを性別によって規制されていない。

2つ目の職務である保健指導は、助産婦以外のものでも行うことが可能である。医師や歯科医師、保健婦（士）が自らと異なる性の者に対して保健指導を行ってはならないという規定は存在しない。その延長線上で考えれば、男性の保健士が活動をしており、助産婦も保健指導を行っても差し支えないと解されているので、男性の助産士が仮に認められたとして、女性男性両方の性に対して保健指導を行うのは、法的に問題点がない。

「男性の助産士が受胎調節や乳房マッサージの指導を行うことに抵抗を覚える

(14) 清水嘉代子『私たちの法律—保健婦助産婦看護婦法を学ぼう—（改訂第4版）』日本看護協会出版会 1992年 27頁。ちなみに「保健指導」の内容について現行法には規定がない。だが保助看法の保健士業務については昭和20年制定の保健士規則をそのまま引きついでいると解されているため、保健士業務は、①衛生思想滋養の指導②疾病予防の指導③母性または乳幼児の保健衛生指導④栄養の指導⑤傷病者の療養指導⑥その他の保健衛生指導の6種類と解釈されている（「母性、乳幼児の健康診査及び保健指導に関する実施要綱」昭和41年10月21日児発688号参照）。

女性もいる」ことを考慮すると、保健指導のうち、性・生殖に関しての保健指導についての規定を確認する必要がある。

現行法制で、性・生殖および育児について保健指導が求められる旨を規定したものはいくつかあり、家族計画の指導としては、母体保護法15条に規定がある。ここでは「女子に対して厚生労働大臣が指定する避妊用の器具を使用する受胎調節の実地指導は、医者のほかは都道府県知事の指定を受けたものでなければ業として行ってはならない。ただし、子宮腔内に避妊用の器具を挿入する行為は、医者でなければ業として行ってはならない」とされ、「都道府県知事の指定を受けることができる者としては、都道府県知事の認定する講習を修了した助産婦、保健婦又は看護婦とする」とされている。女性に対する受胎調節の実地指導は、講習を受けた保健婦（士）、助産婦、看護婦（士）すべてにその資格が満たされており、保健士や看護士の資格を持った男性が受胎調節の実地指導を行うことは禁止されていない。このことから受胎調節の実地指導員を男性が行うことは可能である。

また、母子保健法10条には「市町村は、妊産婦若しくはその配偶者又は乳児若しくは幼児の保護者に対して、妊娠、出産又は育児に関し、必要な保健指導を行い、又は医者、歯科医者、助産婦又は保健士について保健指導を受けることを勧奨しなければならない」とある。この規定では、妊産婦やその配偶者の保健指導に関して、医師、歯科医師、助産婦、保健士の4つの職業がその職務を担っていると解される。医師、歯科医師、保健士職に男性が存在していることから、周産期における妊産婦と配偶者の相談指導を男性が行うことには規制がない。

日本看護協会は、「男性の助産士がすこしづつ誕生することにより、男性の育児参加や思春期男子への性教育、不妊治療ケアやアドバイス（夫婦対象）等も促進され、男女が共に子供を産み育てる社会づくりに男性助産士の活躍が大いに期待される」との見解を示している。⁽¹⁵⁾ここでは「男性の育児参加や思春期男

(15) 『『保健士助産婦看護婦法』の一部改正について－助産婦の業を行う男性の国家資格化及び資格の名称統一』日本看護婦協会 2000年11月16日プレス資料 31頁

子への性教育、不妊治療ケアやアドバイス（夫婦対象）」という点が、女性助産士では対応しきれない部分であり、男性助産士に期待されている独自の専門性を発揮する部分の1つであるとよみとれる。現行法の解釈では上記の保健指導を、男性の保健士・看護師が行うのは可能であるし、仮に男性助産士が誕生しても、上記の保健指導を行うことは可能であろう⁽¹⁶⁾。

以上、助産婦の職務内容およびその範囲から、助産婦職の専門性がどのようにとらえられるか検討してきた。助産婦の職務内容とその範囲について考えるならば、助産婦職の専門性は、法的にみるとある程度確立していると解釈される⁽¹⁷⁾。私見では、助産婦の専門性に男性導入が許されない根拠は、同じ職務を行っている他の医療専門職を規制する法規定との比較からみると少ないと考える。

(2) 倫理性－助産婦職に対する罰則規定・倫理規定

次に助産婦がなんらかの形で違反をおかした場合に対する罰則規定について検討する。

そもそも前提として、助産婦職につくには助産婦試験に合格しなければならないというハードルがある。さらに、助産婦の資格を得る際に、試験以外に一定のハードルが設けられている。いわゆる「欠格条項」とよばれるこれは、保助看法9条に規定されており、「罰金以上の刑に処せられた者」、「保健士・助産婦・看護婦又は准看護婦の業務に関し犯罪又は不正の行為のあった者」、「心身の障

(16) しかし名称独占とはいえ、保健指導は現在保健士が主に行っており、この意味で、職務範囲として保健士との分野の競合をどのように考えていくのが実際の職務にあたっての課題点とされよう。このことについて現在のところ特に助産婦および保健士団体からの見解はみられない。また男性助産士に同性の者への保健指導という面を期待するならば、妊産婦、褥婦、新生児の保健指導に対象が限定されているともとれる現在条文の文言は混乱を引き起こす可能性もある。2000年度提出の改正法案にはこの点についての言及はない。

(17) 実際問題として、「現在99.7%を占める病院・診療所での出産に、助産婦が専門職として主体的に関われる状況がない現実の中で、このような（専門性）論自体、空疎に響く」（大林、前掲書 69頁）との批判もあるが、本稿ではあくまで専門性を保証するための免許制および職務内容が法的にどのように規定され、そこで性差がいかに問題とされているかについて着目した。

害により保健婦、助産婦、看護婦又は准看護婦の業務を適正に行うことができない者として厚生労働省令で定めるもの」⁽¹⁸⁾、「麻薬、大麻又はあへんの中독者」には免許が支給されないとある。助産婦の職業的倫理を考えるうえで、たとえば麻薬中毒者は助産婦にならないといった形で、助産婦資格を取得する入り口段階で規制がなされている。

また、助産婦の職務上の権限が法律で保証されているため、そこから逸脱した場合には当然制裁が科せられる。助産婦職では、保助看法 43 条および 44 条 2 項に罰則規定が存在する。助産婦の職務内容と範囲を逸脱した行為を行った場合や、正当な理由がないのに助産や保健指導の応招に応じなかった場合、また出生証明書などの書類を交付しなかった場合は、懲役刑若しくは罰金刑に処せられる。この制裁規定により職業上の逸脱を行うことについて抑制されていると考えていだろう。

むしろ、助産婦が職務を行うにあたり、職務内容を逸脱した行為を行ったために産婦を死に至らしめてしまったという場合もある。そのような場合、民事上の責任および刑事上の処罰が当然に付随する。

さらに、助産婦をはじめとする医療職は、患者の身体を扱う職業であるから、その倫理的側面には他の職種よりもより注意が払われる必要がある。このことについて、医療職にはそれぞれの職務を規律する法律に、品位、信用を落とす行為を行った場合の処罰規定が定められている⁽¹⁹⁾。助産婦職の場合、保助看法 14 条において、「品位を損するような行為があったときは、厚生労働大臣はその免許を取り消し、又は期間を定めて業務の停止を命ずることができる」と規定して

(18) 以前は、この欠格条項に「目が見えないもの、耳が聞こえないものまたは口がきけない者」に免許を与えないという規定があったが、障害者団体等の批判を受けたこともあり 2001 年 6 月 29 日の法改正により削除された。「欠格条項：厚生労働省が改正試案 看護婦などの守秘義務規定も」毎日新聞 2001 年 2 月 14 日付。「欠格条項：厚生省が医者・歯科医者ら改正 障害者に門戸広げる」毎日新聞 2000 年 10 月 31 日付参照。

(19) ただし、臨床検査技師又は衛生検査技師に関しては、「それぞれの信用を傷つけるような行為をしてはならない」とのみ規定されており、そのための処分は特に定めていない（臨床・衛生検査技師法 18 条）。

いる。秘密保持に関しては、保助看法 42 条 2 項により守秘義務規定が課されている。また、医師、歯科医師、薬剤師、助産婦の守秘義務漏洩については刑法 134 条 1 項および 135 条に別に規定されている⁽²⁰⁾。

助産婦職における職務逸脱に対する罰則規定および倫理的面での逸脱に対する罰則規定が、どのように規定されているかを確認した。免許取得時にはその取得資格に制限を設けることで、免許を所持している期間（秘密保持の場合は免許を取り消されて以後の期間も含む）には職務内容を逸脱した場合や倫理的側面において逸脱した場合に罰則を課すこと、助産婦資格及びその職務には一定限のハードルが存在する。職務内容や倫理的側面を規制し、そのことにより専門性を保持するという方法は、助産婦職務においてある程度確立していると考えられる。

こうした法的規定以外に、日本看護婦協会では独自に看護職についての倫理要綱を規定している。この倫理要綱に違反した場合に協会内で罰則が加えられるということはないが、この倫理要綱によっても助産婦職の倫理的側面には一定のハードルが課せられているといえよう。

以上、(1) 助産婦職の職務内容とその範囲、(2) 助産婦職に対する罰則規定・倫理規定、という 2 点から助産婦職の専門性がどのように規定されているかであるが、結論として (1) および (2) の点いずれにおいても、助産婦の専門性は法的には一定限度の水準を満たした規定である。助産婦職の男性導入を理論的に考えるならば、この点は障害がないように思われる。

しかしながら、実際問題、助産婦の職務の専門性はある程度法的に確立していると判断されるにもかかわらず、産む側の立場である妊産婦側には、男性助産士に対する抵抗感が根強く存在する⁽²¹⁾。いかなる要因によりこうした妊婦の反応が引き起こされるのか、これを先ほどの「専門性が性差を乗り越える」ための 2

(20) 刑法 134 条 1 項「医者、薬剤師、医薬品販売業者、助産婦、弁護士、弁護人、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役または十万円以下の罰金に処する」刑法 135 条「この章の罪は、告訴がなければ公訴を提起することができない」

つの要因から考えることにする。

「専門性が性差を乗り越える」場合、①専門的知識による権威の確立、②患者の身体の客体化、この2つの要素が必要であると先述した。

先ほど検討したとおり、専門的知識の所有という点では、助産婦はその職務の内容や権利を法的に規制されていることによって、専門的知識を所有するものとみなされていることは疑いがない。また、倫理的側面において規制がある点も、助産婦の専門性を高める要因となっていることは確かである。

しかしながら専門的知識を有していることが、直接的にその職業の権威を確立することに繋がるかという点、医師の場合と助産婦の場合では違いがある。「ぐる一ぷきりん」による2200人の女性を対象として行われたお産に関する調査では、「医師に対して自分より立場が上という印象をもったことがあるか」という質問に、10代女性で80%、20代女性で81%が「もったことがある」と答えた。一方、同調査で「病院でもお産の時の付き添いは医師でなく助産婦であることを知っている」と答えた人は、10代女性で44%、20代前半の女性では36%、20代後半の女性では39%であった。また、調査対象の女性のうち出産体験者に「あなたは産院ではたらく助産婦と看護婦の制服・制帽の違いがわかりましたか（見た目の区別ができましたか）」という質問に、「わかる」と答えた女性は全体の31.3%だった。こうした一連の調査から、医師は専門性から生ずる権威を保つことに成功しているが、助産婦の場合は、専門性や職務内容が法的に規定されているものの、実際にいかなる職場でどのように働いているか（専門的知識を駆使しているか）が、助産の受け手にとって医師程には明確でないということが推測される。こうした意味で、助産婦職において、専門的知識を通じての権威の確立が事実上うまく機能していない。

また、専門的知識を通じた医師と患者の客体化という点でも、助産婦は医師と

(21) ぐる一ぷきりん『一産む側 2200人が語る一お産ってなんだろう』における調査（1993～94年）では、助産士を助産士を歓迎しないと答えた人が10代で全体の23%（歓迎する－11%、どちらともいえない－62%）、20代で25%（歓迎する－17%、どちらともいえない－56%）であった。

異なる立場に立たされている。

専門職が専門職として成り立つためには、言い換えれば、医師が重病の患者や自らと異なる性別の患者を冷静に診察できるためには「機能的限定性」や「感情中立性」といった、ある意味患者を「モノ」としてみなす特質が必要となる(しかしながらこのことが即座に患者に対する医師の非人間的対応と直結するとはいえない)。しかしながら助産婦にはそのような「機能的限定性」や「感情中立性」とは別の側面も期待されている。反対論者は「妊産婦の助産婦に求めるものの大勢を占めているのは、専門的技術より以上に、共感や同情や親密性といった人格的關係である」と述べ⁽²²⁾る。また男性助産士に反対する妊婦側において、「妊娠・出産の経験のない男性では、女性の身体やこころに対する共感や理解の面では不安であり、女性にしかわからないものがある」という意見も聞かれる。

このことから、「専門性と性別」に対する賛成論者と反対論者の見解はまったく異なるものとなっている点が指摘できよう。賛成論者においては、助産婦の専門性とはあくまで「(性差がない) 助産婦という人種」がもつ「専門的知識」を指しており、男女という性別があってもその職務の専門性に差はないという理解がされる。一方、反対論者は、妊娠・出産は女性にしか行うことができないということから、助産婦に「性別のない専門的知識をもつ医療者」というイメージよりも「助産婦自身のもつ <おんなとしての経験> を含めての専門性」、 「性別をもった女性であることと専門的知識を融合し、そのことを前提とした接触や関係」、そのようなイメージをもって助産婦職の専門性を理解しているようである。賛成論者が「専門性をもって性差を乗り越える、すなわち専門性と性差は分離可能である」としたのに対し、反対論者は「専門性と性差は分離不可能である」と捉えているといえよう。

7. 妊産婦の選択権と受け手に主体的な医療制度への試論

賛成論者および反対論者の「専門性と性別」に対する理解が、上記のように

(22) 大林, 前掲書 69 頁

まったく異なるものであるため、助産婦論争において、一方が他方を説得して問題を解決するということがそもそも困難である。では、現実問題として、助産婦と妊産婦の関係、男性助産士と妊産婦の関係について今後どのような対処は必要とされるのであろうか。

私見では、専門性と性別において統一の理解ができない限り、この問題からのアプローチにはおのずから限界があると考ええる。そのため、現状としては、男性助産士の参入を認めつつ、助産の受け手である妊婦側に対する配慮も十分に行うという方向性しかないのではと考える。助産を「誰に」、「どのように」受けるのかを決定できる権利を確立する方向に向かうのが、男性助産士問題に解決をもたらすうえで考えられる最良の方法であろう。

この点を念頭において、妊産婦の選択権がどのように扱われているかを、男性助産士問題を取り扱った最近の法案である、2000 年の保助看法の改正法案から検討する。⁽²³⁾

改正法案では、助産士に男性を導入するにあたって、附則に努力規定が含まれている。附則 9 条では「政府は、新法第 3 条が規定する助産師の業務が適正かつ円滑に行われるよう、助産師に関する必要な情報が適切に提供されとともに、助産又は保健指導を受ける者の立場に立った役務の提供が行われるために必要な環境の整備の促進に努めるものとする」と規定されている。⁽²⁴⁾

この附則 9 条をどのように評価するかの部分で賛成論者と反対論者の見解の相違がある。

賛成論者は、この附則の内容で、医療の受け手側である妊婦の選択権は十分保証されるという見解を示している。一方、反対論者は、この附則の規定では、妊婦の選択権は確実に保証はされないという見解を示している。

(23) 本法案は、2000 年第 150 回臨時国会において参議院議員南野知恵子氏が代表となり提出された法案である。本法案は民主党の反対を受け廃案となっている。法案原文は、参議院法制局ホームページ (<http://houseikyoku.sangiin.go.jp>) 参照。

(24) 本稿では「助産婦・士」という言葉をもちいているが、2000 年の改正法案では、「助産師」とされているのでここではそのまま使用する。

私見としては、現実にこの法案が導入された場合、この附則により妊婦の選択権が確立できるかといえば困難であろうと考えられる。

その理由であるが、第1に、この附則が努力規定であり、妊産婦が自由に男性助産士か女性助産士かを選択できることを保証するものではないということが挙げられる。仮に違反したところで、この附則9条は努力規定であるので、違反した場合の罰則規定がない。罰則規定がないため、妊婦の選択権が侵害されてもこの法案では対処ができない。

第2に、この附則の文言の意図するところが非常に不明確であるという点が指摘できる。例えば「助産又は保健指導を受ける者の立場に立った役務の提供」という文言は、単なる助産業務の衛生等に関する品質の向上を意図するとも読めるし、男性助産士の問題まで範疇にいた文言であるとも理解できる。文言が曖昧である以上、この規定に違反しているかどうかであるかという基準も不明確になり、仮に罰則規定が付け加えられたとしても、基準が不明確であるから罰則も適用できないという状態に陥る危険性もある。

第3に、この附則の対象になるのは「政府」であり、男性助産士を雇用する事業者（病院・助産院）に対し何ら責任が課されている訳ではないという点が指摘できる。仮に、妊産婦の希望に反して男性助産士が配置された場合、そのことに対する責任を事業者に問うことが困難である。

賛成論者はこの点に関し、仮にこの附則9条が不徹底であるとしても、妊産婦が自主的に、医療機関において助産士を選択する意思を伝えれば、問題は解決するはずであるという見解を示す。しかしながらこの見解には、自己決定を明確に表明可能な勇気や意志を有する階層の意見のみを救い上げれば十分であるとする理念に裏打ちされている⁽²⁵⁾。医療供給者と受給者の権力構造が薄れつつあり、受給者側が自らの身体を客体化することを止めて意見を表明し始めたといっても、医療の供給側と受給側の関係がまったく対等であるほどに医療現場の地平

(25) 「男性は助産士になれないのか」『法学セミナー』477号（1994年）における日本看護協会 見藤隆子氏発言参照。

は開けてはいない。⁽²⁶⁾

この意味から、これからの医療現場において妊産婦の選択権を確立するためには、医療の権力構造に遠慮して意見を表明することのできにくい大多数の妊産婦が意見を表明可能な支援体制、すなわち自己決定権を法的に保証する体制が必要である。

しかしながら、ここで、医療や福祉の自己決定権を保障するために、法が自己決定のどの範囲まで具体的に規定し、携わるべきかという問題が生ずる。⁽²⁷⁾ 医療における自己決定を扱う問題では、しばしば安楽死や臓器移植に関する問題が挙げられるが、この問題において自己決定が重要視される理由は、それが患者の生死という重大問題に直接かかわる事項であるからだと認識されるためである。また、福祉において高齢者や障害者の自己決定が重要視されるのは、高齢者や障害者という当事者本人が、自己決定を十分行うことのできない主体であると見なされているからである。

この意味でいえば、出産にかかわる自己決定権に、はたして法がどこまで関与することが適切であるかという問題が残る。大部分の妊産婦は、社会的には自

(26) ぐるーぷきりん『一座む側 2200 人が語る—お産ってなんだろう』における調査では、「あなたが妊娠して妊婦検診をうける場合に、素人が質問すると医師が迷惑そうな顔をするので質問することをためらいますか」という質問に、10代では32%、20代前半では30%、20代後半では28%の割合で、そうであると答えている。また、出産において通院先で自分の希望が受け入れられなかったらどうするかという問いに、「あれこれ望む自分の方に問題があったと考える」答えた人の割合は、10代では44%、20歳で29%を占めた。

(27) 「自己決定」とは、単に自分で決定するというのみを示すのではない。江原由美子『自己決定をめぐるジレンマ』（『フェミニズムのパラドックス』勁草書房 2000年）によれば、自己決定権という問題を考える際に前提とされる論点として、①自己決定権とは自己の問題だけでなく周囲の人々の問題であり、自己決定権が問題とされるのは、一定の行為を自由意思に基づいて行うことが、社会的に禁止されるなどして困難になっていたり、自己の力のみではその行為を行うことができず、他者の援助が不可欠になってしまうような状況があったはじめて問題となる。②ある決定が自己決定と言えるための条件は、ある決定に際して本人が十分情報を理解し、強制がない状況において判断することである、とされている。自己決定権を扱ったものとして、山田卓生『私事と自己決定』日本評論社 1987年、立岩真也『私的所有論』勁草書房 1997年、立岩真也『弱くある自由—自己決定・介護・生死の技術—』青土社 2000年

己決定を十分行うことのできる個人として存在しているが、医療の権力構造がすくなくらず妊産婦の自己決定を押し込め、強制しているのは事実である。また、出産にかかわる自己決定の範囲を考えると、帝王切開を行うか、陣痛促進剤を使用するか否かというややもすると妊産婦が子どもの生命に関わる問題から、出産に携わる医療関係者をどのように選択するかという、直接生命に関わらない問題まで幅広いものとなる。

どの程度の状態の対象に、どの程度まで自己決定権を保障できるように法が介入するのか、このことは非常に扱い難く万人に普遍的な解答を出すことは非常に困難である。そもそも自己決定権の問題自体が最近まで認識されなかった問題であり、自己決定権とはどのようなものを指すのか自体確定していない。更に、医療や福祉における自己決定権に対して法がどのように介入すべきかであるが、このことに関してはまだ十分に検討されていないのが現状であり、本稿では言及しない⁽²⁸⁾。

しかしながら、医療や福祉における自己決定と呼ばれるものに対して法がどの程度まで介入可能かという大問題はさておき、本論における男性助産士問題における具体的解決策については以下のような点が指摘できよう。

第1番目に、出産の受給者である妊産婦が、供給主体に自らの選択を対等かつ確実に伝達できる体制づくりを行う点が挙げられる。例えば、出産方式の選択、陣痛促進剤を使用するか否かの選択、助産に立ち会う人は男性助産士か女性助産士どちらを選択できるかといった、出産に関する項目を記載した自分の出産プラン（バースプラン）を提出できるようなどの体制づくりができるならば、医療供給者と受給者関係は対等なものに近づいていくであろう。なおかつ長期にわたる妊娠期間の間に、出産プランの変更や意思の変更があれば、それをスムー

(28) 医療の自己決定権等患者の権利を確立するために法がどのように介入が可能であるかについては、山口斉昭氏の医療プロセス論の考え方が参考になろう（山口斉昭「医療水準論」の形成過程とその未来—医療プロセス論へ向けて—」『早稲田法学会誌』早稲田大学法学会1997年）。また、判例としては、エホバの証人信者における輸血拒否事件が、医療における自己決定権を考える手がかりとなると思われる。

ズに変更できる体制を整えるという点も必要である。

第2番目に、医療機関が医療に関する情報を積極的に開示する体制づくりを進める点が挙げられる。男性助産士の問題では、医療に関する情報を受給者がより選択できるのを可能にするために、助産婦なら男性または女性の助産士がどのくらいいるのかという点を明示する必要がある。

上記の点を中心に、法的に実際の医療の場において受給者の自己決定が確立できるように施策を進めていくべきである。ちなみに、バースプランの作成といった要望は、妊産婦が組織する数種のグループからも提起されており、医療受給者側から、医療供給者側に対するこのような要望が出てきたことを、医療機関や行政は無視することなく真摯に受け止める必要があろうと考えられる。医療・福祉職における男女参画を進めていくなれば、こうした体制づくりへの努力も踏まえて行わなければならない。

8. おわりに

以上、医療・福祉専門職における同性介助・異性介助について、助産婦職の男性導入という問題を例に検討してきた。

その結果、医療職においては、女性の看護婦が男性の患者に対する介助を日常的に行うという事実もあってか、異性介助は禁止されるものとしては捉えられる観点が全体の傾向として希薄であるということがいえよう。むしろ法的に性別が規定されていないが、女性が大半を占める看護職においては、異性介助を前進させる、すなわち助産婦ならば男性の助産婦を積極的に取り入れていくことが、看護職の地位や専門性の向上につながると賛成派の側では理解されているようである。

また、助産婦職への男性導入という問題を、法的な視点から検討してきたが、法の下での平等や職業選択といった観点からも、また助産婦の職務内容や倫理規定といった観点からも、この問題が法的に抵触するという可能性も少ないと思われる。

それゆえ今後、助産婦の男性導入は、男女共同参画や法の下の平等といった時代的な潮流から導入を認められる方向に向かうと思われる。この際に、導入する側の医療関係者の都合や利点のみではなく、妊産婦に対する配慮がより十分に、かつ優先的に慎重さをもって行われるべきである。

現在のところ、医療および福祉専門職における異性介助・同性介助の問題を、法的に規制を加えられる問題とみなすことは困難である。男性の受け手であるから男性でなければならない、女性の受け手であるから女性でなければならない、そのようなことを一律に法で規制することはできないしその意味もない。一辺倒で硬直的な規制を行うことは、かえって医療や福祉における現場の柔軟性に支障をきたすかもしれないし、受け手側の自己決定権を阻害する可能性もある。

ただし、性別と専門性はまったく法的には抵触しないのであるから、男性女性を問わず医療の現場で専門家を機械的に配置しても構わないかといえばそうとは決して言えない。その意味ではまず、性別と専門性についての解決の1つとして、医療や福祉における自己決定権を法がどのような方法で、いかに具体的にサポートできるかの枠組みづくりがまず必要であろう。そのことを意識することにより、現在の医療や福祉が少なからず行っていた現場における効率性や、受け手側に対する配慮といったことがらに、改めて問題を提示することとなろう。